

回復期リハビリテーション病棟 入院申込書

病院名：

担当科：脳神経外科 ・ 神経内科 ・ 心臓血管外科 ・ 整形外科 ・ その他（ ）

担当者： PHS（ ） 担当部署：

※医師以外の方が記入しても構いません。（○で囲んでください） 職種： 医師 ・ 看護師 ・ その他（ ）

【基本情報】

ふりがな 患者氏名	(男・女)	年齢	歳	生年月日	年 月 日
診断名	発症日または診断日： 年 月 日 脳梗塞（部位 ）・ 脳出血(部位)・ くも膜下出血 脊髄損傷（部位 ）・ 骨折(部位)・ その他（ ）				
既往歴					

【心身状況等】

運動麻痺	無 ・ 有 右（ 上肢 ・ 下肢 ） 左（ 上肢 ・ 下肢 ）			四肢麻痺	対麻痺
高次脳機能障害	無 ・ 有（ 注意障害 ・ 半側空間無視 ・ 失語 ・ 失行 ・ その他（ ） ）				
褥 瘡	無 ・ 有（ 部位 ）		リハビリ意欲	無 ・ 有	
抑 制	無 ・ 有（ 部位 ）		転倒歴	無 ・ 有	
精神状態	安定 ・ 不安定（ 夜間せん妄 ・ 昼夜逆転 ・ うつ状態 ・ 不潔行為 ・ 声だし ）				
気管切開	無 ・ 有（ 吸引 回／日 ）		抗がん剤使用	無 ・ 有	
酸素投与	無 ・ 有（ ℓ／分 ）		透 析	無 ・ 有	
座位保持	できる		見守り ・ 一部介助		全介助・不能
移乗	できる		見守り ・ 一部介助		全介助・不能
歩行	できる		見守り ・ 一部介助		全介助・不能
食事摂取	できる		見守り ・ 一部介助		全介助・不能
食事内容	経口摂取（ 常食 ・ 嚥下調整食 ） 経管栄養（ 経鼻 ・ 胃ろう ）				
摂食機能療法	算定： 無 ・ 有（ 起算日 年 月 日 ）				
排泄手段	パンツ ・ リハビリパンツ ・ オムツ ・ 膀胱留置カテーテル ・ ウロストミー ・ ストマ				

【社会的状況】

原疾患の予後説明	説明未 ・ 説明済(内容：) DNR：有 ・ 無 ・ 未				
本人希望			家族希望		
方向性	自宅 ・ 施設（ ） ・ 転院（ ） ・ 未定				
キーパーソン	無 ・ 有（ 続柄： ）		経済状況		
家屋状況	持家 ・ 賃貸（ 一戸建て ・ 集合住宅(階、EV：有 ・ 無) ）				
介護保険	無 ・ 有（ 介護度： ケアマネ： ） ・ その他（ ）				
身体障害者手帳	無 ・ 申請中 ・ 有（ ）		住所地	個室希望	無 ・ 有
備考					

※入院申込書と合わせて ADL 表の添付をお願い致します。